

## Functionele buikpijn bij kinderen en psychische factoren

### Samenvatting

Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Berger MY. Functionele buikpijn bij kinderen en psychische factoren. *Huisarts Wet* 2012;55(9):393-7.

Bij bijna twee van de drie kinderen die vanwege buikpijn op het spreekuur van de huisarts komen, vindt de huisarts geen onderliggende oorzaak voor de buikpijn. Deze buikpijn noemt men functioneel en is vaak al chronisch als het kind op het spreekuur komt. De buikpijn heeft een negatieve invloed op het welzijn en functioneren van het kind. Men veronderstelt dat er een relatie bestaat met psychosociale problematiek. In eerste-, tweede- en derdelijns onderzoek zien we verbanden met gedragskenmerken van het kind, zoals naar binnen gekeerd en verlegen gedrag, en met een angststoornis of depressie. Er is onvoldoende bewijs om te kunnen zeggen dat psychische problemen bij het kind van invloed zijn op het ontstaan van functionele buikpijn. Wel is er enig bewijs dat angst en depressie van moeder of vader voorspellen of hun kind functionele buikpijn krijgt.

Bij kinderen die naar de huisarts gaan met functionele buikpijn komen veel psychische problemen voor. Uit een prospectief cohortonderzoek van 305 kinderen tussen de 4 en 18 jaar die buikpijn hebben, bleek 26% depressieve klachten te hebben, 15,3% angstklachten en 60,5% verschillende functionele klachten. Na een jaar had respectievelijk 30, 30 en 44% van deze kinderen deze klachten nog steeds. De ernst en duur van de buikpijn bij presentatie bleken de prognose niet te beïnvloeden.

Vooralsnog heeft men niet kunnen aantonen dat er een causale relatie bestaat tussen psychische problemen en functionele buikpijn. Mogelijk ligt aan beide hetzelfde mechanisme ten grondslag. Gezien het chronische karakter van de buikpijn, de potentiële rol van de psychische problematiek van ouders en het gebrek aan bewezen effectieve interventies, lijkt de huisarts als bekende van het gezin de aangewezen persoon om kind en gezin te begeleiden.

### INLEIDING

Buikpijn komt veel voor bij kinderen.<sup>1</sup> Vaak kan men lichamelijk geen of onvoldoende verklaring voor de buikpijn vinden. Buikpijn waarvoor de huisarts geen lichamelijke oorzaak vermoedt wordt vaak 'functionele buikpijn' genoemd. Functionele buikpijn kan een grote invloed hebben op het dagelijks leven van het kind, bijvoorbeeld door school- en sportverzuim.<sup>2</sup> Een Nederlandse huisarts met een normpraktijk ziet gemiddeld per jaar acht tot tien kinderen van vier tot zestien jaar met functionele buikpijn.<sup>3</sup> Van oudsher suggereert men dat vooral meisjes met een introvert, ijverig, ambitieus, maar ook (faal)angstig karakter functionele buikpijn krijgen.<sup>4</sup> Tot op heden bestaat er echter nog veel onduidelijkheid over de relatie tussen psychische factoren en functionele buikpijn. In deze beschouwing willen wij over deze kwestie meer duidelijkheid geven. We behandelen het conceptuele verklaringsmodel voor functionele buikpijn bij kinderen en geven een actueel overzicht van de belangrijkste bevindingen van on-

derzoek naar psychische factoren en functionele buikpijn bij kinderen. Tot slot bespreken we de bevindingen en de consequenties voor de dagelijkse praktijk van onderzoek naar psychische klachten bij kinderen met functionele buikpijn dat is uitgevoerd in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

### HET BIOPSYCHOSOCIALE VERKLARINGSMODEL

Een specifieke oorzaak van functionele buikpijn is niet bekend. Men beschouwt functionele buikpijn als een multicausale aandoening en zoekt de verklaring in een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren.<sup>5</sup> De pathofysiologie is onopgehelderd. De meest gangbare theorie veronderstelt het bestaan van een hersen-darm-as – een neuro-hormonale interactie in twee richtingen tussen de hersenen en het maag-darmstelsel.<sup>6</sup> Hierbij zouden biopsychosociale factoren, zoals negatieve levensgebeurtenissen, stress, angst, somberheid, gastro-intestinale infectie, voeding, een buikoperatie, genetische factoren, enzovoort, via de hersen-darm-as de gevoeligheid en motiliteit van de darmen beïnvloeden. Symptomen van een verstoorde motiliteit zijn diarree, obstipatie, opgeblazen gevoel en opboeren. In een biopsychosociaal model komt de samenhang tussen de biopsychosociale factoren en de hersen-darminteractie naar voren. Volgens dit denkmodel kan buikpijn, via de darm-herseninteractie, angst- en depressieve klachten veroorzaken. Omgekeerd kunnen angst- en depressieve klachten door middel van

### De kern

- Bij kinderen met buikpijn vinden huisartsen vaak geen onderliggende oorzaak.
- Functionele buikpijn heeft een grote impact op het welzijn en functioneren van het kind. Het schoolverzuim is hoog.
- Er is onvoldoende bewijs voor een causale relatie tussen psychische problemen van het kind en functionele buikpijn. Wel komen beide vaak naast elkaar voor: 15 tot 44% van de kinderen met functionele buikpijn heeft ook angstklachten of een depressie.
- Van de kinderen met functionele klachten heeft 60,5% verschillende andere functionele klachten. Deze zijn bij 44% van de kinderen na 1 jaar nog steeds aanwezig.
- Psychische problemen van de ouders voorspellen het ontstaan van functionele buikpijn bij hun kind.
- Vanwege zijn kennis van het gezin is de huisarts de aangewezen persoon om kinderen met functionele buikpijn te begeleiden.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam : M.J. Gieteling, huisarts. Universiteit Groningen, Afdeling Huisartsgeneeskunde: M.Y. Berger, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Y. Lisman-van Leeuwen, epidemioloog. • Correspondentie: m.gieteling@erasmusmc.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

veranderingen in neurotransmitters in de hersenen via de hersen-darminteractie buikpijn veroorzaken. Psychosociale factoren beïnvloeden ook nog de perceptie van de klachten, het hulpzoekgedrag, de kwaliteit van leven en bijvoorbeeld het schoolverzuim van het kind. Een voorbeeld van de complexiteit van de oorzaak van functionele buikpijn is de observatie dat patiënten die een bacteriële gastro-enteritis doormaken meer kans hebben op het ontwikkelen van functionele buikpijn als de infectie tijdens een stressvolle periode plaatsvindt.<sup>7</sup>

Het biopsychosociaal model dient als denkkader voor functionele buikpijn bij kinderen. Hoe de interacties precies verlopen, weten we echter nog niet goed en is onderwerp van onderzoek. Hieronder treft u een overzicht aan van de onderzoeken die men heeft verricht naar de relatie tussen psychische factoren en functionele buikpijn bij kinderen.

### OVERZICHT VAN ONDERZOEK

#### Psychische klachten bij kinderen met functionele buikpijn

Sinds de jaren tachtig is er een twintigtal onderzoeken gepubliceerd over het voorkomen van internaliserende gedragsproblemen bij kinderen met functionele buikpijn. Internaliserende gedragsproblemen uit zich in een naar binnen gekeerd, teruggetrokken, verlegen, angstig en/of somber gedrag. Bij bijna alle onderzoeken meet men de psychische klachten met de Achenbach Child Behaviour Checklist (CBCL).<sup>8</sup> De CBCL is een internationaal bekende en veelgebruikte vragenlijst. De psychische klachten van de kinderen met functionele buikpijn zijn vergeleken met die van gezonde kinderen,<sup>9,10</sup> met die van kinderen die voor andere klachten naar de kinderarts kwamen<sup>11</sup> en met die van kinderen met organische buikpijn.<sup>12-14</sup> Kinderen met functionele buikpijn bleken veel meer internaliserende gedragsproblemen te hebben dan de gezonde kinderen en de kinderen die met andere klachten naar de kinderarts kwamen, en iets meer dan kinderen met organische buikpijn.

Behoudens de hierboven beschreven onderzoeken met zelfgerapporteerde of door de ouders gerapporteerde psychische klachten, heeft men enkele onderzoeken verricht naar de aanwezigheid van mogelijke psychiatrische stoornissen bij kinderen met functionele buikpijn. In deze onderzoeken heeft men de psychiatrische stoornissen doorgaans gediagnosticeerd aan de hand van diagnostische interviews die zijn gebaseerd op de DSM-IV-criteria (meestal met de K-SADS; Kids Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia of School-Age Children).<sup>15</sup> In de tweede lijn bleek 35 tot 80% van de kinderen met functionele buikpijn een angststoornis<sup>9,10,12,16</sup> en 23 tot 40% een depressieve stoornis<sup>12,16</sup> te hebben.

Behalve onderzoek naar psychische klachten bij de kinderen zelf zijn er verscheidene onderzoeken verricht naar psychische klachten en andere functionele klachten bij gezinsleden van kinderen met functionele buikpijn – vader, moeder, broer en zus. Zo is er in het bijzonder onderzoek gedaan naar het voorkomen van deze klachten bij moeder. Gezinsleden van kinderen met functionele buikpijn bleken meer angstklachten, depressieve klachten en andere functionele

klachten te hebben dan gezinsleden van controlekinderen zonder functionele buikpijn.<sup>14,17-19</sup>

Gezien alle hierboven beschreven onderzoeken lijkt er voldoende bewijs te zijn voor de veronderstelling dat functionele buikpijn en psychische klachten aan elkaar gerelateerd zijn. Nagenoeg alle onderzoeken hebben echter in de tweede of derde lijn plaatsgevonden. Resultaten uit onderzoeken met verwezen kinderen zijn niet zonder meer toepasbaar op de eerste lijn. Het is immers aannemelijk dat verwezen kinderen met functionele buikpijn een selectie zijn van de kinderen die de huisarts ziet. Denk aan selectieve verwijzing op basis van duur en ernst van de buikpijn of misschien zelfs op grond van psychosociale comorbiditeit. Daarom zijn wij in de huisartsenpraktijk nagegaan of kinderen met functionele buikpijn vaker psychische klachten hebben dan kinderen die naar de huisarts gaan met andere huisartsgeneeskundige klachten. Om dit te onderzoeken hebben wij de baselinegegevens gebruikt van ons cohortonderzoek, dat we verderop uitgebreid bespreken. We hebben de baseline-CBCL-gegevens gebruikt van alle kinderen van 6 tot 17 jaar met functionele buikpijn, de patiëntengroep, in totaal 171 kinderen. Als controlegroep hebben we de gegevens gebruikt van kinderen uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen uit de huisartsenpraktijk (NS2).<sup>20</sup> Uit de NS2 selecteerden we de kinderen van 6 tot 17 jaar van wie een CBCL bekend was en die voorafgaand aan het invullen daarvan naar de huisarts waren geweest voor een willekeurige huisartsgeneeskundige klacht, anders dan buikpijn. Vierenvijftig kinderen voldeden aan deze selectiecriteria, de controlegroep. De verdeling in sekse en de gemiddelde leeftijd van de patiëntengroep en de controlegroep waren gelijk. Van de patiënten bleek 15,2% een angstprobleem, 28,1% een depressief probleem en 61,4% een somatisatieprobleem te hebben. Somatisatie betekent in dit geval dat een kind te veel functionele klachten heeft. In de patiëntengroep kwamen bepaalde problemen vaker voor dan in de controlegroep: angstproblemen (RR 1,4, 95%-BI 0,6-3,2), depressieve problemen (RR 3,0, 95%-BI 1,3-7,2) en een somatisatieprobleem (RR 8,2, 95%-BI 3,2-21,1).

Samenvattend is er ook in de huisartsenpraktijk dus voldoende bewijs voor een relatie tussen functionele buikpijn en psychische klachten. Op basis van de hierboven beschreven onderzoeken kunnen we over de richting van deze relatie echter nog geen uitspraak doen. Met een dwarsdoorsnede-onderzoek kunnen we immers niet uitmaken of functionele buikpijn en psychische klachten causaal gerelateerd zijn. Hiervoor is prospectief cohortonderzoek nodig.

### ONDERZOEK NAAR RISICOFACTOREN

Er zijn enkele prospectieve cohortonderzoeken verricht waarin is gekeken of psychische klachten functionele buikpijn bij kinderen kunnen voorspellen.<sup>21-23</sup> In een observationeel Noors populatieonderzoek heeft men 916 moeders met kinderen vanaf anderhalfjarige leeftijd gevolgd totdat de kinderen 14 jaar waren.<sup>21</sup> De onderzoekers vonden de volgende onafhankelijke risicofactoren voor het hebben van functionele buikpijn

op 14-jarige leeftijd; angst- en depressieve klachten bij moeder op anderhalfjarige leeftijd van het kind (OR 3,2, 95%-BI 1,7-6,2) en angst- en depressieve klachten bij moeder op 12-jarige leeftijd van het kind (OR 2,5, 95%-BI 1,3-4,8), pijn elders in het lichaam bij het kind (OR 2,3, 95%-BI 1,2-4,4) en zelfgerapporteerde depressieve klachten bij het kind op 12-jarige leeftijd (OR 2,4, 95%-BI 1,1-5,1).<sup>21</sup> Omdat men de prevalentie gevallen van functionele buikpijn heeft geanalyseerd bij 14-jarige kinderen is het naar onze mening niet duidelijk of de factoren gemeten op 12-jarige leeftijd het ontstaan of aanhouden van functionele buikpijn op 14-jarige leeftijd voorspellen.

Engelse onderzoekers hebben gedurende 4 jaar een cohort van 392 schoolkinderen van 11 tot 14 jaar zonder buikpijn gevolgd.<sup>22</sup> Men onderzocht of psychosociale problemen, zoals gedragsproblemen, emotionele problemen en het plezier op school, en functionele klachten zoals hoofdpijn, rugpijn en moeheid, het ontstaan van functionele buikpijn konden voorspellen. Voor meisjes bleek alleen hoofdpijn het ontstaan van functionele buikpijn te voorspellen (RR 1,8; 95%-BI 1,1-2,8). Voor jongens waren vermoeidheid (RR 3,0; 95%-BI 1,2-7,6) en psychosociale problemen (RR 2,3; 95%-BI 1,2-4,5) risicofactoren voor het krijgen van functionele buikpijn.<sup>22</sup>

Bij een ander groot Engels geboortecohort is men nagegaan of angst, depressie en functionele klachten bij de ouders, en het temperament van het kind op halfjarige leeftijd functionele buikpijn op 7-jarige leeftijd voorspellen. Uit gegevens van meer dan 5000 gezinnen bleek dat functionele buikpijn onafhankelijk geassocieerd was met angstklachten bij moeder (OR 1,40; 95%-BI 1,12-1,76), angstklachten bij vader (OR 1,25; 95%-BI 1,00-1,55) en functionele klachten bij moeder (OR 1,43; 95%-BI 1,09-1,86). Bij het kind zijn de temperamentdomeinen 'activiteit' (OR 1,02; 95%-BI 1,00-1,03) en 'ritme' (OR 1,02; 95%-BI 1,01-1,04) geassocieerd. Bij deze op een continue schaal gemeten temperamentdomeinen betekent een hoge score in het domein 'activiteit' dat het kind veel motorische activiteit vertoont en in het domein 'ritme' dat het kind weinig regelmaat heeft in eet- en slaapgedrag. Men vond een gradueel verband tussen de ernst van de angstklachten van zowel moeder als vader en het risico op functionele buikpijn.<sup>23</sup>

We kunnen concluderen dat er aanwijzingen zijn dat psychische klachten bij ouders een risicofactor vormen voor het ontstaan van functionele buikpijn bij het kind. Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat psychische klachten bij het kind zelf een mogelijke risicofactor vormen voor het ontstaan en of het beloop van functionele buikpijn. Omdat er nog maar weinig prospectief onderzoek is gedaan naar risicofactoren voor het ontstaan van functionele buikpijn is de bewijskracht voor de onderzochte factoren echter gering.

#### INVLOED VAN PSYCHISCHE KLACHTEN OP BELOEP

We hebben een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar factoren die de prognose van functionele buikpijn bij kinderen beïnvloeden.<sup>25</sup> In de MEDLINE-, EMBASE- en PsycInfo-database hebben we gezocht naar prospectieve cohortonderzoeken naar functionele buikpijn bij kinderen. We zochten

naar publicaties die zijn verschenen tussen 1965 tot juni 2008. We vonden vier onderzoeken naar het effect van psychische klachten van het kind op het aanhouden van functionele buikpijn.<sup>25-28</sup> Het betrof verwezen kinderen met chronische, overwegend functionele buikpijn. Door middel van een best-evidence-synthese bleek dat er conflicterend bewijs was of psychische klachten van het kind het beloop van de functionele buikpijn niet of misschien zelfs gunstig beïnvloedden.

Het lijkt er dus op dat er een relatie bestaat tussen psychische klachten bij het kind of in het gezin en het ontstaan van functionele buikpijn. We hebben echter geen aanwijzing gevonden voor de stelling dat psychische klachten het beloop van de buikpijn beïnvloeden.

Om de relatie tussen functionele buikpijn en psychische klachten verder te ontrafelen, hebben we ons de omgekeerde vraag gesteld: of functionele buikpijn het beloop van psychische klachten beïnvloedt.

#### EIGEN FOLLOW-UPONDERZOEK

In een observationeel cohortonderzoek met een follow-upduur van één jaar onderzochten wij in de huisartsenpraktijk het beloop van psychische klachten bij kinderen met buikpijn.<sup>29,30</sup>

#### Methode

Gedurende 2 jaar includeerden 53 huisartsen, overwegend uit Zuid-Holland, alle opeenvolgende patiënten van 4 tot en met 16 jaar die bij hen kwamen met een nieuwe episode van buikpijn. Een nieuwe episode van buikpijn betekende dat het kind

#### Abstract

*Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Berger MY. Functional abdominal pain in children and psychological problems. Huisarts Wet 2012;55(9):393-7.*

General practitioners fail to establish an underlying cause of pain in two of three children that present with abdominal pain. This type of pain is termed functional and is often chronic by the time children comes to their doctor. Functional abdominal pain has a negative effect on children's well-being and functioning and is thought to be associated with psychosocial problems. Research has shown functional abdominal pain to be associated with children's behavioural characteristics, such as introvert and shy behaviour, and with anxiety disorders or depression. While there is insufficient evidence that psychological problems in children influence the development of functional abdominal pain, there is some evidence that paternal or maternal anxiety or depression predict functional abdominal pain in their children.

Children who come to their general practitioner with functional abdominal pain have a variety of psychological problems. A prospective cohort study of 305 children aged 4-18 years with functional abdominal pain revealed that 26.0% had depressive symptoms, 15.3% anxiety symptoms, and 60.5% various functional symptoms, and that 1 year later 30%, 30%, and 44% of these children, respectively, still had these problems. The severity and duration of abdominal pain at presentation did not influence the prognosis.

There is currently no evidence that psychological problems are causally related with functional abdominal pain, but it is possible that they share a common mechanism. Given the chronic nature of abdominal pain, the possible role of parental psychological problems, and the lack of effective interventions, general practitioners, who are not strangers to their patients, would appear to be best suited to manage affected children and their families.

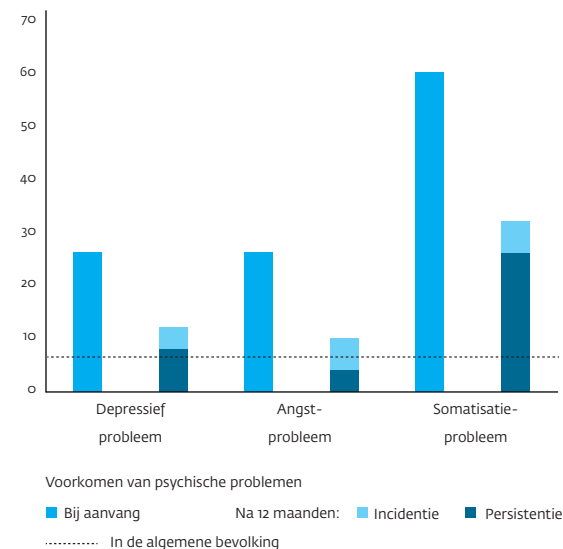
in de 3 voorafgaande maanden niet bij de huisarts was geweest voor deze klacht. Exclusiecriteria waren een voorgeschiedenis van inflammatoire darmziekten (M. Crohn of colitis ulcerosa), coeliakie en lactose-intolerantie of een gebrek aan beheersing van de Nederlandse taal. Wij stelden 3 maanden na het inclusieconsult de diagnoses vast op basis van informatie uit het elektronisch medische dossier van de patiënt. Het vóórkomen van psychische problemen hebben we gemeten met de in het Nederlands vertaalde, gevalideerde CBCL, die de ouders hadden ingevuld. Als uitkomstmaten gebruikten we de op de DSM-IV-criteria gebaseerde probleemschalen; depressief probleem, angstprobleem en somatisatieprobleem. Kinderen met een probleem scoren boven een bepaalde grenswaarde. De grenswaarden zijn afhankelijk van leeftijd, geslacht en cultuur. Scores boven de grenswaarden vinden we bij kinderen die verwezen zijn naar psychiatrische hulpverlening. De kinderen en hun ouders hebben vragenlijsten ingevuld over de aanwezigheid van de buikpijn op 0, 3, 6, 9 en 12 maanden. De CBCL hebben ze op 0 en 12 maanden ingevuld. Aan de hand van een multivariate logistische regressieanalyse analyseerden we of kenmerken van de buikpijn, zoals de diagnose, de ernst en de duur, konden voorspellen of de kinderen na 12 maanden psychische problemen kregen.

**Resultaten**

De huisartsen rekruteerden 348 patiënten, van wie er 305 instemden met deelname aan het onderzoek. Van de kinderen vulden 281 (92,1%) de CBCL in op baseline en na 12 maanden. Van hen kregen 241 (86,1%) een diagnose functionele buikpijn en 21 (11,4%) een diagnose organische buikpijn (17 gastro-entertitis, 5 urineweginfectie, 1 appendicitis en 9 andere diagnose). Bij 7 kinderen stelden we geen diagnose. Bij aanvang van het onderzoek was de mediane leeftijd 7,8 jaar (IQR 5,7-10,4) en had 46,3% van de kinderen ≥ 3 maanden last van buikpijn. Van de kinderen was 62,3% meisje.

Op baseline had 26,0% van de kinderen een depressief probleem, 15,3% een angstprobleem en 60,5% een somatisatieprobleem. Na 12 maanden had 13,2% van de kinderen een depressief probleem, 11,4% een angstprobleem en 33,1% een somatisatieprobleem. Het bleek dat dit probleem na een jaar nog aanwezig was bij 30% van de kinderen met een depressief en angstprobleem bij inclusie, en bij 44% van de kinderen met een somatisatieprobleem bij inclusie. Van de kinderen die bij aanvang geen psychische problemen hadden, ontwikkelde 6,3% (95%-BI 3,4-10,5) een depressief probleem, 8,0% (95%-BI 5,0-12,2) een angstprobleem en 16,2% (95%-BI 9,4-23,1) een somatisatieprobleem. Het vóórkomen van psychische problemen na 12 maanden bij kinderen met functionele buikpijn is hoger dan je zou verwachten op grond van de prevalentie die men in de algemene bevolking vindt; voor angstproblemen (RR 1,6; 95%-BI 1,1-2,3), voor depressieve problemen (RR 1,9; 95%-BI 1,4-2,6) en voor somatisatieproblemen (RR 4,6; 95%-BI 3,7-5,7) [figuur].<sup>30</sup> De duur, de ernst en de oorzaak (functioneel versus organisch) van de buikpijn waren geen voorspellende factoren voor het hebben van psychische problemen na 12 maanden.

**Figuur** Beloop van psychische problemen bij 281 kinderen met buikpijn



Samenvattend vonden wij dat de duur, ernst en aard van de buikpijn niet gerelateerd zijn aan het beloop van psychische problemen bij kinderen met buikpijn. We konden geen uitspraken doen over de vraag of presentatie van functionele buikpijn psychische problemen veroorzaakt.

**CONSEQUENTIES VOOR DAGELIJKE PRAKTIJK**

Er zijn aanwijzingen dat psychische klachten voorafgaan aan functionele buikpijn, maar er is onvoldoende onderzoek gedaan om een uitspraak te kunnen doen over de vraag of functionele buikpijn voorafgaat aan psychische klachten. De aanwezigheid van psychische klachten beïnvloedt het beloop van buikpijn niet en omgekeerd geldt dat duur, ernst en aard van de buikpijn het beloop van psychische klachten bij kinderen met buikpijn niet beïnvloeden. Op basis van deze bevindingen zou je kunnen veronderstellen dat buikpijn en psychische factoren mogelijk verbonden zijn via een onderliggende gezamenlijke causale variabele (de literatuur noemt wel stress of een inadequate coping).

Huisartsen mogen ervan uitgaan dat een aanzienlijk deel van de kinderen met functionele buikpijn die bij hen op het spreekuur komen psychische problemen heeft. Het beloop van de psychische problemen en dat van de buikpijn zijn onafhankelijk van elkaar. De prognose van angst en depressieve problemen bij kinderen met functionele buikpijn is over het algemeen redelijk gunstig, maar een deel van de kinderen houdt langdurig depressieve klachten. Kinderen met functionele buikpijn blijken behalve in het maag-darmstelsel op de korte maar ook op de lange termijn veel andere functionele klachten te hebben. Dit doet vermoeden dat functionele buikpijn een onderdeel is van een breder functioneel syndroom. Het is belangrijk om hier als huisarts oog voor te hebben.

Naar onze mening is het niet zinvol om kinderen met func-

tionele buikpijn actief te gaan screenen op psychische problemen. Het is immers niet de primaire hulpvraag van het gezin en de invloed van de psychische klachten op het beloop van de buikpijn is nog grotendeels onbekend. Bovendien beschikken huisartsen niet over een goed screeningsinstrument voor het detecteren van psychische problemen bij kinderen. En er ontbreekt een makkelijk toegankelijke behandeling voor psychische problemen bij kinderen met functionele buikpijn. Daarbij toont onderzoek bij volwassenen aan dat behandeling van door screening aangetoonde depressie niet effectief is. Het is bovendien ook helemaal niet duidelijk of het doel van de behandeling primair de psychische problemen zou moeten zijn, dan wel de buikpijn. Wij pleiten voor een follow-up van kinderen met functionele buikpijn. Nu bezoekt 93% van de kinderen met functionele buikpijn slechts 1 tot 2 keer de huisarts, maar 30% van deze kinderen blijkt na 1 jaar nog zoveel last van de buikpijn te hebben dat ze daardoor niet naar school gaan. Tegen die tijd bezoekt 40% van de gezinnen met een kind met functionele buikpijn al het alternatieve circuit.<sup>31</sup> Ondanks het ontbreken van een kant-en-klare oplossing voor de klacht is de huisarts bij uitstek geschikt voor het begeleiden en behandelen van kinderen met functionele buikpijn. De huisarts heeft immers veel ervaring met chronische functionele klachten en kent de context van het gezin. De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen in dit nummer beoogt de huisarts handvatten te bieden voor de begeleiding van kinderen met functionele buikpijn. ■

LITERATUUR

- 1 Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1868-75.
- 2 Youssef NN, Murphy TG, Langseder AL, Rosh JR. Quality of life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients' and parents' perceptions. *Pediatrics* 2006;117:54-9.
- 3 Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Van der Wouden J, Schellevis F, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice; incidence, associated factors and management. *Ann Fam Med* 2011;9:337-43.
- 4 Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child* 1958;33:165-70.
- 5 Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical care. *J Pediatr* 1998;133:473-8.
- 6 Mayer EA, Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annu Rev Med*. 2011;62:381-96.
- 7 Gwee KA, Leong YL, Graham C, McKendrick MW, Collins SM, Walters SJ, et al. The role of psychological and biological factors in post infective gut dysfunction. *Gut* 1999;44:400-6.
- 8 Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-aged Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
- 9 Dorn LD, Campo JC, Thato S, Dahl RE, Lewin D, Chandra R, et al. Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:66-75.
- 10 Dufton LM, Dunn MJ, Compas BE. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *J Pediatr Psychol* 2009;34:176-86.

- 11 Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics* 2004;113:817-24.
- 12 Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:648-56.
- 13 Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol* 1993;102:248-58.
- 14 Walker LS, Greene JW. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? *J Pediatr Psychol* 1989;14:231-43.
- 15 Puig-Antich J, Chambers W. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (Kiddie-SADS). New York: New York State Psychiatric Institute, 1978.
- 16 Liakopoulou-Kairis M, Alifieraki T, Protagora D, Korpa T, Kondyli K, Dimosthenous E, et al. Recurrent abdominal pain and headache - psychopathology, life events and family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11:115-22.
- 17 Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Woodruff C. Anxiety in children with recurrent abdominal pain and their parents. *Psychosomatics* 1985;26:859,862-6.
- 18 Buonavolontà R, Coccorullo P, Turco R, Boccia G, Greco L, Staiano A. Familial aggregation in children affected by functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:500-5.
- 19 Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C, et al. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:131-7.
- 20 Westert FP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.
- 21 Helgeland H, Sandvik L, Mathiesen KS, Kristensen H. Childhood predictors of recurrent abdominal pain in adolescence: A 13-year population-based prospective study. *J Psychosom Res*;68:359-67.
- 22 El-Metwally A, Halder S, Thompson D, Macfarlane GJ, Jones GT. Predictors of abdominal pain in schoolchildren: a 4-year population-based prospective study. *Arch Dis Child* 2007;92:1094-8.
- 23 Ramchandani PG, Stein A, Hotopf M, Wiles NJ. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:729-36.
- 24 Gieteling MJ, Bierma-Zeinstra SM, Lisman-van Leeuwen Y, Passchier J, Berger MY. Prognostic factors for persistence of chronic abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;52:154-64.
- 25 Stordal K, Nygaard EA, Bentsen BS. Recurrent abdominal pain: a five year follow-up study. *Acta Paediatr* 2005;94:234-6.
- 26 Lindley KJ, Glaser D, Milla PJ. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children with functional abdominal pain. *Arch Dis Child* 2005;90:335-7.
- 27 Crushell E, Rowland M, Doherty M, Gormally S, Harty S, Bourke B, et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain. *Pediatrics* 2003;112:1368-72.
- 28 Walker LS, Heflinger CA. Quality of life predictors of outcome in pediatric abdominal pain patients: Findings at initial assessment and 5-year follow-up. In: Drotar D, ed. *Measuring Health Related Quality of Life in Children and Adolescents: Implications for Research and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1998:237-52.
- 29 Spee LAA, Van den Hurk APJM, Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Passchier J, et al. Childhood abdominal pain in primary care: design and patient selection of the HONEUR abdominal pain cohort. *BMC Fam Pract* 2010;11:27.
- 30 Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Passchier J, Koes BW, Berger MY. The course of mental health problems in children presenting with abdominal pain in general practice. *Scan J Prim Health Care*. 2012;30:114-20.
- 31 Vlioger AM, Blink M, Tromp E, Benninga MA. Use of complementary and alternative medicine by pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases: results from a multicenter survey. *Pediatrics* 2008;122:e446-e451.